

患者様氏名 殿 [-]病棟 []号室 主治医以外の担当者署名

病名 入院目的 推定される入院期間 約 (日・週・月間)

症状 手術内容及び日程 特別な栄養管理の必要性 有・無

月 / 日	入院日 /	から /			
経過	入院日から治療開始前日まで	グロブリン治療1日目から4日目	グロブリン治療5日目	入院6日目以降	退院
安静度	<input type="checkbox"/> 院内歩行可です。 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行可です。 <input type="checkbox"/> トイレ歩行のみにしてください。 <input type="checkbox"/> 排泄や移動のときは必ずナースコールを押してください。 <input type="checkbox"/> ベット上で安静にしてください。	点滴中は安静にして下さい。	⇒	症状の改善程度により変わりますので主治医または看護師にご確認ください。	⇒
検査予定	<input type="checkbox"/> 心電図、レントゲン撮影、採血があります。 <input type="checkbox"/> 神経伝導速度検査があります。 <input type="checkbox"/> 髄液検査があります。	退院まで適時採血を行います。		<input type="checkbox"/> 2回目の神経伝導速度検査があります。	
処置、点滴		点滴を行います。 大量γグロブリンの投与を5日間行います。	点滴を抜きます。		
内服	常用薬があれば、看護師に伝えてください。指示どおりの内服をしてください。	⇒	⇒	⇒	⇒
食事	<input type="checkbox"/> 普通食です。 <input type="checkbox"/> 治療食です。 <input type="checkbox"/> 絶食です。	症状の改善程度により変わりますので主治医または看護師にご確認ください。	⇒	⇒	⇒
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴できます。 <input type="checkbox"/> シャワー可です。 <input type="checkbox"/> 体拭きを行います。	体拭きを行います。	⇒	症状の改善程度により変わりますので主治医または看護師にご確認ください。	⇒
排泄	<input type="checkbox"/> 歩いてトイレに行けます。 <input type="checkbox"/> 排泄時は必ずナースコールを押してください。	症状の改善程度などにより変わりますので主治医または看護師にご確認ください。	⇒	⇒	⇒
説明・指導、その他(リハビリテーション等の計画)	医師から治療・病状説明があります。各書類に記入して看護師に渡してください。	副作用と思われる症状が出た時はすぐに教えてください。		退院日までに医師から退院指導を行います。	

注1) 診療内容等は現時点で考えられるもので、今後検査等を進めていくにしたがって変更する場合があります。その場合は再度説明いたします。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものです。

主治医署名

看護師署名

上記のとおり説明を受けました。 平成 年 月 日

患者本人署名

親族又は代理人署名

患者との続柄()